



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

248



477409
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012	4-Data de Autorização 11/01/2012	5-Sistema AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8300574	7-Data Válida da Guia 11/01/2012
8-Plano de Benefícios 0102020253280820000011021			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira 11/01/2012
12-Plano FABIO SANTANA			26/02/1981	14-1ª Pessoa (81) 9194522295	15-Nome do titular do plano ANA PAULA BORGES
16-Atividade de Referência WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA			18-Número no CRO 44352	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
21-Código de Operações / CBO / CPE 04798519642			22-Nome do Contratado Específico WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 44352	24-UF MG
26-Nome do Profissional Específico WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA			27-Número no CRO 44352	28-UF MG	29-Código CBO S
30-1-Descrição 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia Co-participação R\$ 39-Aui 40-Data de Realização 41-Moeda da Obra 42-Atividade					
1-01082000875 EXODONTIA SIMPLES DE 31 1 73,00 0,00 S16/02/12					
2-01082000875 EXODONTIA SIMPLES DE 41 1 73,00 0,00 S16/02/12					
3-01082000875 EXODONTIA SIMPLES DE 42 1 73,00 0,00 S16/02/12					
4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-					
43-Data Prevista Término do Tratamento 16/02/12					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Financiamento 1-Totál 2-Parcial					
46-Total Quantia em US 219,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram realizado(s)) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Cópia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
16/02/12 BH

51-Cópia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
16/02/12 BH

52-Cópia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/02/12 BH

53-Cópia, local e Assinatura da Empresa
16/02/12 BH

Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

X Gilvane Faria

10 PFS
ODONTOLÓGICA
CNPJ 34.671.405/0001-73